

市町村名	市・町・村
受付年月日	平成 年 月 日

精神障害者保健福祉手帳居住地等変更届・再交付申請書

宮城県知事 殿

平成 年 月 日

私は、精神障害者保健福祉手帳について、次の事項（○印）の届出・申請をします。

- 1 精神保健及び精神障害者保健福祉に関する法律施行令第7条第4項の規程による都道府県の区域を越える住所変更の届出
- 2 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第7条第2項の規定による（①県内における住所の変更 ②氏名の変更）の届出

(変更内容)

旧	
新	

- 3 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第10条第1項の規定による（①汚れ ②破り ③紛失）したための再交付の申請
- 4 写真ちょう付無しから写真ちょう付有りへ変更するための再交付の申請

申請者 氏名



住所

現行の手帳番号

(注) 1に該当する場合は、本届書のほか、障害者手帳申請書(様式第63号)を提出してください。